様式第1号(第5条関係)

緊急通報システム利用申請書

年　　月　　日

　高梁市長　　　　　　　　　　様

　高梁市高齢者等見守り体制整備事業実施要綱第5条の規定により、上記の機器を利用したいので申請します。

　なお、この申請書に記載された事項について、この事業の受託者及び高梁市消防署に、必要な情報を提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | (〒　　　　　)高梁市　　　　町 | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 | （自署又は記名押印） | |
| 電話(　　―　　　　) | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日　(　　　歳) | | | |
| 親族の連絡先 | | 住所 | 続柄(　　　) | | |
| 氏名 | 自宅(　　　　　　　　　)  携帯(　　　　　　　　　) | | |
| 治療中の病気 | | 診断名： | | | |
| かかりつけ病院 | | 名称：　　　　　　　　　　　　主治医名：  　所在地：　　　　　　　　　　　　電話： | | | |

以下の項目に該当される方は、該当箇所に必要事項をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者の方のみ | (障害の種類)　　　　　　　　　　　　(級別)　　　種　　　　級 | | | | |
| 住居の管理者  (借家の方のみ) | 住所 |  | | | |
| 氏名 | 電話(　　　　　　　　　) | | | |
| 世帯員の状況 | | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 固定型緊急通報装置 | | □見守りセンサー機能なし（月額150円） | | | |
| □見守りセンサー機能付　（月額280円） | | | |
| 携帯型緊急通報装置 | | □利用者所有携帯電話　　（月額230円） | | | |
| □レンタル携帯電話　　　（月額600円） | | | |

(裏面)

|  |
| --- |
| ※民生委員児童委員、身体障害者相談員記入欄 |
| 申請者は下記の○印のとおりであることを認めます。  　　民生委員児童委員　　(住所)　高梁市　　　　　町  　　身体障害者相談員　　(氏名)  年　　　月　　　日  　1　おおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者で病弱な者  　2　ひとり暮らしの重度身体障害者  　　　(上肢、下肢、体幹又は心臓機能に障害のあるもの)  　3　75歳以上の高齢者のみの世帯でいずれか一方が寝たきり又は病弱な者  　4　その他市長が特に援助が必要と認めた者  　(注)　1　身体障害者相談員は、2に該当する場合のみ○印をしてください。 |

様式第2号(第5条関係)

緊急通報協力員承諾書

年　　月　　日

　私は、高齢者等見守り体制整備事業の申請者　　　　　　　　様の協力員になることを承諾します。また、本承諾書に記載された事項について、この事業の受託者及び高梁市消防署に、必要な情報を提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 氏名 | （自署又は記名押印） | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 |  | | | 続柄 |  |
| 電話番号 | (自宅)  (携帯) | 鍵預かり | 有・無 | かけつけ時間 | (　　　　)分 |
| 2 | 氏名 | （自署又は記名押印） | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 |  | | | 続柄 |  |
| 電話番号 | (自宅)  (携帯) | 鍵預かり | 有・無 | かけつけ時間 | (　　　　)分 |
| 3 | 氏名 | （自署又は記名押印） | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 |  | | | 続柄 |  |
| 電話番号 | (自宅)  (携帯) | 鍵預かり | 有・無 | かけつけ時間 | (　　　　)分 |

様式第3号(第5条関係)

緊急通報システム機器管理誓約書

年　　月　　日

　高梁市長　　　　　　　　　　様

申請者　　　住所

氏名

（自署又は記名押印をしてください）

生年月日　　　　年　　月　　日

電話番号

　高梁市高齢者等見守り体制整備事業実施要綱第5条に基づき、機器の利用期間中は、機器一式の管理運用等について、下記の事項を守ることを誓約します。

記

1　機器は、大切に取り扱い、これを他の目的のために使用し、又は市長の承認を得ないで他人に譲渡し、若しくは転貸し、若しくは担保に供する等の行為をしないこと。

2　機器をき損し、又は滅失したときは速やかに状況を市長に報告し、その指示を受けること。

3　申請書の記載事項に異動が生じたとき、機器を必要としなくなったとき、又は機器の利用を辞退するときは、速やかに市長に届け出ること。

4　緊急通報時の救助活動により生じた住居等の損壊については、市及び関係者に対してその責任を問わないこと。(※借家等へ居住の方は下記の欄に所有者の承諾が必要)

|  |
| --- |
| ※上記4について、承諾します。  年　　月　　日  　所有者　住所：高梁市　　　　　　　　　　　　氏名：  （自署又は記名押印をしてください） |

5　電話利用に関する料金等を滞納しないこと。

様式第4号(第5条関係)

(緊急通報システム利用申請用)

診断書

(介護認定を受けられている方の提出は不要です)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 高梁市 | | | 生年月日 | M・T・S　年　月　日(　　歳) | |
| 診断名 | | | | | 診断年月日 | |
|  | | | | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | 年　　月　　日 | |
| 既往症 | | |  | | | |
| 経過及び現症状 | | |  | | | |
| 医師意見 | | | 治療中の病気から判断される必要度  　(該当する項目の番号に○印をしてください。)  1　早急に必要である。　　　　　2　できればある方がよい。  3　今のところ必要ない。 | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　医療機関　所在地  　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　医師氏名  （自署又は記名押印してください。） | | | | | | |
| 対象者 | | 1　おおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者で病弱な者  　2　ひとり暮らしの重度身体障害者  　　(上肢、下肢、体幹又は心臓機能に障害のある者)  　3　75歳以上の高齢者のみの世帯でいずれか一方が寝たきり又は病弱な者  　4　その他市長が特に援助が必要と認めた者 | | | | |